



# DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS MÉDICOS

## Seguro Complementario de Salud

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consocrio.cl

**Sr. Asegurado:**

Sírvase leer las sugerencias del llenado de esta solicitud indicadas al reverso.

**SOLICITUD N° :**

**POLIZA N°:**

**Nº DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA**

### SECCION A.- DECLARACION MEDICA

ESTIMADO PROFESIONAL MEDICO: LE AGRADECEREMOS COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (ASEGURADO DEPENDIENTE O TITULAR)

<<pn_l>>	<<pn_r>>	PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO	FECHA EN QUE SE LE DIAGNOSTICO POR 1 <sup>a</sup> VEZ ESTA ENFERMEDAD
DIAGNOSTICO	<<dg_r>>	SEMANAS	FUR <<fd_l>> <<fd_r>>
TRATAMIENTO INDICADO	<<tr_r>>		
<<tr_l>>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL MEDICO	<<mdn_r>>	ESPECIALIDAD <<mde_l>>	TELEFONO <<mde_r>>
FECHA ATENCION	RUT	FIRMA DEL PROFESIONAL <<mdr_r>> <<sf>>	
<<fa_l>> <<fa_r>>	<<mdr_l>>		
COTIZACIÓN DE SALUD: ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/>	NOMBRE ISAPRE: _____		

### SECCION B.- DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas ennegrecidas)

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA)

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

**CORREO ELECTRÓNICO** (Para mantener comunicación del gasto presentado)

En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación deberá ser efectuada a la siguiente dirección:

SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO

FECHA DE  
1º SINTOMAS  
<<1s\_l>> <<1s\_r>>

PARA USAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO

Diagnóstico

Nº de Reclamo:

NUMERO DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	PRESTACION	CODIGO PRESTACION	TOTAL PRESTACION	MONTO BONIFICADO POR ISAPRE	MONTO SOLICITADO A CONSORCIO	NUMERO DE EVENTOS
TOTAL							

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del decreto supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la compañía de seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo decreto supremo.

FECHA

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

**Al llenar este formulario le agradeceremos considerar lo siguiente:**

- 1.- Esta solicitud es utilizable sólo para reembolsos médicos de un paciente. No se debe utilizar, por ejemplo, para consultas médicas de 2 ó más personas, o dos enfermedades distintas.
- 2.- Completar y presentar la presente solicitud acompañada de los documentos que la Isapre o Fonasa le entrega (copia afiliado) salvo para las prestaciones que no son cubiertas por ella, y en cuyo caso se debe adjuntar las boletas de honorarios médicos, con el timbre de la Isapre o Fonasa indicando que no es reembolsable.
- 3.- La sección A declaración médica deberá ser completada obligatoriamente salvo que se trate de una continuación de tratamiento, en cuyo caso sólo se requiere el llenado de la sección B indicando el Diagnóstico y el número de solicitud asociada (previamente registrada en la compañía).
- 4.- Los gastos incurridos por concepto de farmacia deberán ser presentados de la siguiente forma:
  - 4.1.- Enviar el original de la receta médica timbrada por la farmacia en conjunto con la boleta con el detalle de los medicamentos.
  - 4.2.- En casos de tratamientos a permanencia o prolongados, se debe enviar inicialmente el original de la receta médica, la cual será devuelta al asegurado con la visación de la compañía. Para las sucesivas solicitudes presentar fotocopia del documento visado.
  - 4.3.- Para medicamentos con recetas retenidas, enviar fotocopia del documento timbrada por la farmacia.